FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1879 — THÈSE — N°85

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 3 mars 1879, à 1 heure,

PAR FÉLIX LESAVRE

Né à Beaurepaire (Saône-et-Loire), le 9 mars 1854.
Ex-interne à l'hôpital général,
Lauréat et ancien prosecteur de l'École de médecine de Dijon.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES KYSTES PARAOVARIQUES

Président : M. GUYON, *professeur.*

Juges : MM. { VERNEUIL, *professeur.* / MONOD, CHANTREUIL, *agrégés*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31.

1879

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. VULPIAN.
Professeurs	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique minérales	N.
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	TRÉLAT. GUYON.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	GUBLER.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	N.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de chirurgie	N.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SÉE (G.) LASEGUE. HARDY. POTAIN.
Maladies des enfants	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladie de l'encéphale	BALL.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. BROCA. VERNEUIL.
Clinique ophthalmologique	PANAS
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ.

Professeurs honnoraires :

MM. BOUILLAUD. le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
B. ANGER.	DELENS.	HAYEM.	PINARD.
BERGER.	DIEULAFOY.	HENNINGER.	POZZI.
BERGERON.	DUGUET.	HUMBERT.	RENDU.
BOUCHARD.	DUVAL.	DE LANESSAN.	RICHET.
BOUCHARDAT.	FARABEUF.	LANCEREAUX.	RICHELOT.
BOURGOIN.	FERNET.	LEGROUX.	RIGAL
CADIAT.	GAY.	MARCHAND.	STRAUS.
CHANTREUIL.	GRANCHER.	MONOD.	TERRIER.
CHARPENTIER.	HALLEPEAU.	OLLIVIER.	TERRILLON.
DEBOVE.			

Agrégés libres chargés des cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. N.
— des maladies des enfants	N.
— d'ophthalmologie	N.
— des maladies des voies urinaires	N.
— des maladies syphilitiques	N.
Chef des travaux anatomiques	FARABEUF.

Secrétaire de la Faculté : A. PINET.

Par délibration en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émise ns les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propre urs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GUYON

A TOUS MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE DIJON

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES PARAOVARIQUES

INTRODUCTION

Depuis longtemps, les anatomo-pathologistes avaient décrit des kystes en général assez petits qui se développent fréquemment dans le ligament large, au voisinage de l'ovaire; ils avaient démontré d'une manière incontestable que ces kystes prenaient naissance dans les débris du corps de Wolff qui portent le nom *d'organe de Rosenmüller* ou de *paraovarium.*

Mais, jusqu'à ces dernières années, les kystes paraovariques n'avaient pas attiré l'attention des chirurgiens, soit parce qu'il est assez rare de les observer à des degrés de développement qui nécessitent l'intervention, soit parce qu'ils étaient confondus avec une lésion des plus communes, les kystes de l'ovaire.

En nous aidant de quelques travaux récents et d'un

assez grand nombre d'observations tirées des recueils de médecine français et étrangers, nous essaierons de montrer que ces kystes peuvent atteindre des dimensions comparables à celles des kystes de l'ovaire, mais qu'ils diffèrent de ceux-ci, non-seulement par leur origine, leur structure anatomique et leur contenu, mais encore par la bénignité de leur pronostic et la facilité avec laquelle ils guérissent à l'aide d'une simple ponction.

Qu'il nous soit permis d'exprimer ici à M. le Dr Duplay nos sincères remercîments pour la bienveillance avec laquelle il nous a dirigé dans nos recherches, et pour les observations qu'il a bien voulu nous autoriser à recueillir dans son service.

HISTORIQUE

Jusqu'en 1850, on ne trouve qu'un petit nombre d'indications très-incomplètes sur les kystes paraovariques ou kystes du ligament large.

La première mention paraît due à Velpeau ; dans l'article *Ovaire* du Dictionnaire en 30 vol.; il décrit de petites poches à parois minces, remplies de liquide séreux et tenant tantôt à la trompe, tantôt au ligament large par un pédicule grêle.

Richard Bright (1), Cazeaux, Gosselin signalent également de petites tumeurs kystiques développées dans le ligament large et n'ayant aucune connexion avec l'ovaire. Mais si ces kystes avaient été vus par un bon nombre d'auteurs et distingués des kystes ovariques, leur origine n'avait été recherchée par aucun d'eux.

C'est à M. Follin (2) que revient l'honneur d'avoir découvert et démontré, dans sa thèse inaugurale, la véritable origine des kystes du ligament large. Après avoir étudié avec le plus grand soin, non-seulement les canalicules décrits par Rosenmüller, mais encore d'autres canalicules de même nature perdus dans le ligament large ou appendus à l'extrémité de la trompe, M. Follin a pu s'assurer que les kystes périovariens étaient dus à l'accumulation d'un liquide de sécrétion dans les cavités du corps de Wolff.

M. Verneuil (3), dans un mémoire qui est de beaucoup le plus complet, vint confirmer ces résultats et constituer définitivement l'histoire anatomique et l'étiologie de cette lésion ; c'est dans ce remarquable travail que nous avons puisé de précieuses indications pour notre chapitre du développement.

Mais, bien que la plupart des auteurs eussent admis pour ces kystes la possibilité d'un développement plus

(1) Cité par M. Verneuil.
(2) Follin. Th. de Paris, 1850.
(3) Verneuil. Recherches sur les kystes de l'organe de Wolf (Mém. Soc chir., t. IV, p. 58-84.) — Le volume porte le millésime de 1857, mais le travail de M. Verneuil a été lu à la Société dans la séance du 3 novembre 1852.

ou moins considérable, ils n'avaient jamais rencontré de kystes de cette nature dépassant le volume d'une orange, et dans le cas où ces tumeurs auraient acquis un volume comparable à celui des kystes de l'ovaire, ils regardaient comme impossible de les distinguer de ces derniers.

C'est à Spencer Wells que nous devons les premières relations de kystes volumineux du ligament large; dans son *Traité des maladies de l'ovaire*, il donne une courte description de leurs caractères anatomiques, d'après les pièces qu'il a pu étudier à la suite de plusieurs extirpations; il montre l'analogie parfaite de siége, de structure, qui existe entre ces tumeurs de grandes dimensions et les petits kystes du paraovarium décrits par les auteurs. Sa pratique lui permet d'affirmer que toutes les fois qu'on sera en présence d'un de ces kystes à contenu transparent, très-fluide, la ponction suffira pour amener une guérison radicale.

Washington Atlee, dans son *Traité du diagnostic des tumeurs de l'ovaire*, consacre un chapitre à l'étude des kystes du ligament large; il en rapporte plusieurs cas, dont quelques-uns ont été anatomiquement constatés après l'extirpation. Ce chirurgien insiste plus particulièrement sur les qualités chimiques du liquide contenu dans ces kystes et sur la simplicité de leur traitement.

Bird, Mathews Duncan, Lawson Tait, Thornton nous ont fourni, le premier, des observations, les autres des indications sur la composition du liquide paraovarique.

M. Kœberlé a publié dans la *Gazette médicale de*

Strasbourg trois cas de kystes du paraovarium traités par l'extirpation, que nous rapportons dans nos observations. Il donne une courte étude de cette espèce de kystes dans son article *Ovaire* du *Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*

M. Panas, en 1875, dans une communication à l'Académie de médecine, a présenté cinq observations de kystes remarquables par la pauvreté de leur contenu en matière organique et la facilité avec laquelle ils guérissent par une simple ponction.

M. Duplay, dans une clinique très-intéressante, récemment publiée dans le *Progrès Medical*, a de nouveau attiré l'attention des chirurgiens sur cette variété de kystes.

DEVELOPPEMENT

Après avoir présidé au développement de l'ovaire, le corps de Wolff s'atrophie rapidement. Bientôt il n'est plus représenté que par un canal excréteur extrêmement délié et par des canalicules beaucoup moins flexueux qu'un intervalle sensible sépare les uns des autres. Sous cette forme, il n'est plus que l'ombre de lui-même et constitue le corps de Rosenmüller (paraovarium ou parovarium de certains auteurs).

Il est situé dans l'aileron de la trompe. On le voit s'élargir à mesure que cet aileron se développe. A la naissance, son étendue est en général de 8 à 9 millimètres, elle atteint souvent dans l'âge adulte plusieurs centimètres.

Il se composé de 15 à 18 canalicules d'une ténuité capillaire, qui tous se dirigent du hile de l'ovaire vers la trompe pour se jeter dans un conduit perpendiculaire à leur direction. Ces canalicules naissent par une extrémité arrondie. Ils sont flexueux à leur point de départ, beaucoup moins à leur partie moyenne ou à leur terminaison.

Le conduit dans lequel ils se terminent répond par son origine à l'extrémité externe de l'ovaire. Il décrit une courbe parallèle à celle de la trompe. M. Sappey a pu le suivre jusqu'au voisinage de l'utérus, où il disparaissait au milieu des vaisseaux ; mais ce conduit collecteur ne dépasse pas en général les limites du corps de Rosenmüller. Les parois des canalicules sont constituées par une enveloppe fibreuse que revêt un épithélium cylindrique, nucléé, ordinairement muni de cils vibratiles. Ils ne contiennent qu'une très-minime quantité de liquide transparent.

Au moment de la naissance, le corps de Rosenmüller subit de nouvelles modifications. Son conduit excréteur se raccourcit et tous les canalicules qu'il reçoit semblent converger au même point. Ces derniers, moins régulièrement calibrés, renflés en certains points, étranglés en d'autres, diminuent aussi de longueur et ne répondent plus immédiatement au hile de l'ovaire par leur origine.

Une telle disposition est éminemment favorable à la production des kystes; les parties de ces canalicules qui échappent à l'oblitération peuvent à une époque quelconque devenir le siége d'une sécrétion qui se dépose dans leur cavité, qui la dilate en ampoule; il en résulte de petites tumeurs kystiques situées sur le trajet de ces canalicules. Plus souvent encore, l'extrémité du conduit du corps de Wolff est marquée par une vésicule pédiculée et insérée sur le pavillon de la trompe.

Il n'est pas rare, en effet, en pratiquant des autopsies de petites filles ou de femmes ayant succombé à des affections très-diverses, de trouver appendus au ligament large, au-dessous de la trompe, de petits kystes délicats, munis d'un pédicule grêle, de longueur variable et contenant un liquide transparent, ordinairement séreux, légèrement salé. D'autres fois, ces kystes sont sessiles ou pour mieux dire interstitiels; ils sont logés entre les deux feuillets de la séreuse qui constitue les ailerons du ligament large. M. Verneuil, qui a parfaitement décrit cette variété, les a surtout rencontrés dans l'espace qui sépare l'ovaire de la trompe, c'est-à-dire dans le lieu où s'observent les vestiges du corps de Wolff. Ces kystes peuvent encore être intimement appliqués à la paroi du canal tubaire.

M. Verneuil a pu constater facilement chez le fœtus à terme la présence du conduit glandulaire dans le pédicule des kystes libres, mais plus tard chez la femme adulte, il s'oblitère et s'atrophie, et ce pédicule n'est plus constitué que par du tissu cellulaire;

il a pu reconnaître aussi, en disséquant de petits kystes sessiles, qu'ils étaient libres partout, au milieu du tissu cellulaire sous-péritonéal, sauf en un point où ils se continuaient avec un de ces tractus flexueux qui constituent l'organe de Rosenmüller.

Ainsi, pédiculés ou sessiles, appendus à l'extrémité frangée de la trompe ou situés dans l'épaisseur du ligament large, ces kystes reconnaissent la même origine. La différence de leur siége constitue le seul point qui les sépare, car leurs parois sont formées de la même manière par une membrane mince, fibroïde, incapable d'être divisée en couches distinctes et souvent, mais non toujours, tapissée d'une couche de cellules cylindriques, à contours nets, à noyau très-apparent, à cylindres quelquefois très-courts, ou encore munis de cils vibratiles; ce sont là, nous le savons, les caractères spéciaux des cellules épithéliales qui revêtent la face interne des canaux glandulaires de l'organe de Wolff; ces kystes sont toujours uniloculaires et n'ont jamais présenté de kyste secondaire dans leur paroi. Assez communs chez le fœtus femelle à terme, les kystes pédiculés ont paru à M. Verneuil beaucoup moins fréquents chez la femme adulte. On ne les trouve guère qu'à l'état de vestiges et sous forme de sacs vides et affaissés. La délicatesse de la paroi kystique, l'absence de tout support, la ténuité du pédicule sont, sans aucun doute, les raisons qui rendent cette variété si rare après l'enfance; le plus souvent la poche crève avant de parvenir à un degré de distension considérable; elle n'excéderait pas les dimensions d'une pomme. Au contraire, le

soutien que le péritoine prête sur leurs deux faces aux kystes sessiles, situés entre les deux feuillets du ligament large, leur permet de s'agrandir et d'atteindre un volume considérable. D'ailleurs, il ne serai pas impossible, comme le font remarquer MM. Verneuil et Spencer Wells, de voir la paroi s'accroître avec le volume du kyste, et par là résister efficacement à la distension excentrique que lui fait subir le liquide accumulé dans sa cavité. Nous pensons donc que c'est à la variété sessile qu'il faut rapporter la plupart des grands kystes du ligament large, étrangers à l'ovaire, qui font l'objet de ce travail. L'étude du siége, des rapports, de la structure, du contenu de ces derniers kystes nous montre l'identité parfaite qui existe entre eux et les petits kystes décrits par les auteurs.

Les uns comme les autres sont situés dans l'épaisseur des ligaments larges, au voisinage de l'ovaire, au milieu d'un tissu cellulaire lâche et possèdent une paroi tout à fait distincte et très-aisément séparable de la séreuse; chez les uns comme chez les autres, cette paroi est mince, formée d'une seule couche de tissu fibreux, tapissée intérieurement par l'épithélium propre aux canalicules de l'organe de Rosenmüller, leur contenu, en général transparent, légèrement salé.

L'origine de ces kystes ne nous semble donc pas douteuse ; nous dirons cependant quelques mots des hypothèses qui ont été émises touchant la nature de ces productions. En présence de tumeurs kystiques développées dans le ligament large et n'ayant aucune

connexion avec l'ovaire, certains auteurs ont admis qu'elles étaient produites par l'accumulation du liquide dans des cavités accidentelles formées aux dépens du tissu cellulaire de cette région, par un mécanisme analogue à celui qui engendre les bourses séreuses sous-cutanées.

M. Verneuil s'élève avec force contre l'étrange abus que l'on fait de ce mode de production; il n'attribue aux kystes proprement dits qu'une seule et unique origine, l'élément glandulaire.

« (1) Plus un appareil est riche en glandes, plus souvent des kystes s'y observent, et jamais on ne rencontre de kystes vrais dans les organes ou les régions dépourvues de glandes. Les annexes de l'utérus présentent deux sortes de glandes, savoir des vésicules ovariennes et des culs-de-sac de l'organe de Rosenmüller; là, deux variétés de kystes, ceux de l'ovaire et ceux qui font l'objet de ce travail.

Chez l'homme, point de glandes dans la fosse iliaque, point de kystes vrais dans cette région ; mais l'organe séminal et ses annexes représentent deux éléments sécréteurs, les tubes séminifères et les vestiges du corps de Wolff, situés au niveau de l'épididyme, et l'anatomie pathologique, vérifiant merveilleusement l'*à priori* théorique, nous fait découvrir dans une région très-circonscrite, deux espèces de kystes tout à fait différentes, les grands et les petits kystes du testicule. »

Virchow, se fondant sur ce fait que, dans un certain nombre de cas, ces kystes sont situés assez loin

(1) M. Verneuil, loc. cit.

de l'épididyme ovarique (*paraovarium*), regarde ces productions comme étant de nouvelle formation. Or, M. Follin a trouvé fréquemment disséminés entre les les feuillets du ligament large, jusqu'au voisinage de l'utérus, des canalicules semblables à ceux du corps de Rosenmüller, reconnaissant la même origine, et donnant lieu aux mêmes dilatations kystiformes.

Nous ne ferons que signaler l'opinion qui fait naître les kystes extra-ovariques dans les vaisseaux qui constituent le plexus pampiniforme. Toutes ces hypothèses trouvent leur réfutation dans l'exposé que nous venons de faire de leur structure et de leurs connexions.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Le kyste paraovarique se développant entre les deux feuillets du ligament large, trouve tout autour de lui un tissu cellulaire lâche, au milieu duquel rampent de nombreux vaisseaux. Les adhérences entre le péritoine et la poche paraovarique sont si peu intimes et si peu résistantes que M. Kœberlé pratique l'énucléation en décollant et refoulant au moyen d'une pièce de linge l'enveloppe séro-celluleuse appliquée sur la paroi propre de cette poche. Le kyste de l'ovaire, au contraire, prenant naissance dans l'épaisseur de la glande, fera nécessairement corps avec le péri-

toine. L'anatomie pathologique de ce kyste nous apprend en effet que, s'il est possible d'obtenir trois couches distinctes dans sa paroi au voisinage du point d'implantation de la tumeur, cette distinction s'efface à mesure qu'on s'éloigne de la base, pour disparaître complétement au sommet, où ces couches ne peuvent plus être dissociées, si ce n'est à l'aide d'une dissection des plus artificielles.

Ainsi, tandis que le péritoine entre dans la constitution intime de la paroi du kyste de l'ovaire, il reste distinct et facilement séparable de celle du kyste paraovarique.

Dépouillé de son enveloppe péritonéale, le kyste présente un aspect rougeâtre, qui est dû à une couche souvent épaisse de tissu connectif riche en vaisseaux, qui recouvre la membrane propre du kyste et lui adhère faiblement. Outre les fibres conjonctives et les vaisseaux on trouve dans cette couche une assez grande quantité de fibres musculaires lisses, qui existent, comme on le sait, à l'état normal entre les feuillets du ligament large. Les vaisseaux sont très-multipliés, flexueux, mais toujours de très-faible diamètre ; ils n'atteignent jamais les grandes dimensions qu'ils offrent dans les kystes de l'ovaire. Lorsqu'on a débarrassé la tumeur du tissu connectif qui l'entoure, elle se présente sous la forme d'une poche lisse, d'un blanc nacré.

De même que dans toute tumeur kystique, nous avons à étudier la structure de la paroi et les qualités du contenu.

La *paroi* du kyste paraovarique, contrairement à ce

que l'on observe dans la plupart des kystes de l'ovaire, n'a jamais qu'une faible épaisseur ; elle est le plus souvent mince comme du papier (Mathews Duncan). Elle est composée de tissu fibreux, homogène, incapable d'être divisée en couches distinctes ; les vaisseaux y sont peu nombreux et ne présentent rien de remarquable. De même que sa surface externe, sa surface interne est absolument lisse ; elle est tapissée par une couche unique d'épithélium cylindrique et nucléé, sans granulations intérieures, à cylindres parfois très-courts ou munis de cils vibratiles. Cette surface interne ne présente ni les villosités, ni les végétations, ni les enfoncements épithéliaux qui se retrouvent dans tous les kystes véritablement ovariques. Ceux-ci présentent en outre un revêtement épithélial composé de cellules d'espèces fort différentes, non-seulement d'un kyste à l'autre, mais dans une même cavité kystique, le plus souvent caliciformes, irrégulièrement groupées ou superposées en plusieurs couches.

Les kystes paraovariques sont toujours uniloculaires et c'est là un caractère important, car cette uniloculárité est extrêmement rare dans les kystes d'origine ovarique et plusieurs chirurgiens la nient d'une manière absolue.

MM. Malassez et de Sinéty n'ont jamais rencontré un seul de ces derniers qui fût véritablement uniloculaire. Ceux qui paraissaient tels au premier abord présentaient bien une grande loge principale, mais en les examinant avec soin ils ont toujours retrouvé d'autres cavités kystiques, parfois assez petites, il est

vrai, pour passer inaperçues à un examen superficiel. On a pu rencontrer des kystes paraovariques en assez grand nombre dans certaines autopsies, mais toujours distincts les uns les autres : dans aucun cas on n'a trouvé de kystes secondaires dans leurs parois.

Nous ne ferons que mentionner une variété de kystes du ligament large, signalés par Atlee et désignés par lui sous le nom de *Kystes concentriques* :

Dans une première poche très-vasculaire, au milieu d'un liquide dont il ne donne pas les caractères, se trouvait dans les deux cas qu'il rapporte, un second kyste à parois minces, contenant un liquide clair comme de l'eau de roche ; le kyste intérieur n'avait d'autre point commun avec le kyste extérieur que le pédicule. Voici l'explication qu'il donne de ces deux faits : Un kyste développé dans les restes du corps de Wolff, entre les deux feuillets du ligament large, laisserait sortir par exhalation une certaine quantité de liquide qui serait retenue par la membrane péritonéale dont la surface externe, selon lui, n'est pas apte à l'absorption.

Ces faits sont trop peu précis et leur explication trop hypothétique pour que nous nous y arrêtions plus longtemps.

Le *contenu* de ces kystes est très-fluide, ne moussant pas par l'agitation, en général clair et transparent comme de l'eau ; quelquefois il présente une légère opalescence. Son poids spécifique est toujours très faible. Suivant Altee, Mathews Duncan, il serait toujours compris entre 1004 et 1010 ; ce fait se trouve vérifié dans toutes nos observations, hormis une seule, et en-

core dans celle-ci ne dépassait-il que bien peu le chiffre maximum ; il s'élevait à 1012. Il présente constamment une réaction alcaline et son alcalinité est due à des composés sodiques qui s'y trouvent en assez grande abondance. Mais ce qu'il y a de particulièrement remarquable dans ce liquide, c'est sa pauvreté en matière organique ; il ne renferme aucun composé albumineux ou n'en renferme qu'une très-faible quantité. L'acide nitrique et la chaleur n'y produisent souvent aucun trouble ou déterminent tout au plus une teinte opaline, sans flocons, sans coagulum véritable.

Le dosage des substances organiques dans la plupart des cas oú il a été pratiqué a fourni des résultats très-caractéristiques. Dans les analyses relatées par Atlee, la quantité d'albumine était presque nulle, à peine 0,50 pour 1,000. Dans les deux kystes ponctionnés par M. Duplay, le liquide ne contenait, dans l'un, que des traces d'albumine, dans l'autre, une petite quantité de métalbumine 4 p. 1000, environ.

A ces caractères, MM. Thornton et Kœberlé, en ajoutent un autre tiré de la nature même des composés organiques ; exceptionnellement albumineux, le liquide paraovarique ne contiendrait jamais de paralbumine.

Si l'on admettait cette proposition d'une manière absolue, il faudrait élever des doutes sur la nature de deux kystes ponctionnés par M. Panas, dans lesquels cette dernière substance paraît avoir été rencontrée. D'ailleurs, la proportion relativement considérable de ce composé dans ces deux cas nous engage à ne les accepter qu'avec réserve comme des kystes du

paraovarium. Quant à la métalbumine qui est signalée dans une des analyses, elle ne se rencontrerait dans ces liquides, suivant M. Kœberlé, qu'avec une extrême rareté.

Le liquide est beaucoup plus riche en composés salins et principalement en chlorure de sodium. On y trouve, par litre 8,10 et même 16 grammes de ce dernier sel, du carbonate et du phosphate de soude en faible quantité, des traces de sulfates.

L'examen microscopique n'y montre aucun élément figuré.

La *forme* de ces kystes est généralement arrondie, très-régulière ; cependant, M. Kœberlé a vu un kyste paraovarique qui était muni de deux prolongements tubuleux, en forme de culs-de-sac, dont l'un remontait sous le cœcum où sa paroi très-mince paraissait se confondre avec le tissu connectif voisin, prolongements produits sans nul doute par une poussée du liquide à travers une éraillure du kyste aminci. Ils ne sont presque jamais pédiculés. Sur 13 kystes paraovariques extirpés, M. Kœberlé n'en a rencontré qu'un seul qui fût muni d'un pédicule.

Leur *volume* est extrêmement variable. Ordinairement petits, ils peuvent acquérir d'autres fois un développement comparable à celui des plus gros kystes de l'ovaire et contenir dix, quinze, et même vingt litres de liquide.

Leur *situation* n'est pas toujours la même aux différentes époques de leur développement. Placés au début dans le petit bassin, ils remontent peu à peu dans la cavité abdominale. Mais, outre que leur

accroissement est en général un peu plus lent que celui des kystes de l'ovaire, il est aisé de concevoir que des tumeurs prenant naissance dans l'épaisseur du ligament large seront retenues plus longtemps dans le petit bassin et viendront beaucoup plus tard faire saillie sous la paroi abdominale.

De même, les *rapports* du kyste avec les organes abdominaux varient suivant son volume. Dans la cavité pelvienne, il est en rapport avec le rectum et la vessie ; mais si l'on en juge par la rareté des troubles de la défécation et de la miction, la pression qu'il exerce sur ces organes doit être en général assez modérée. A mesure qu'il augmente de volume, il déplace la masse intestinale de la même façon que le kyste de l'ovaire et la repousse dans les régions latérales et postérieures ; là encore, il ne donne lieu qu'à bien peu de troubles organiques. La tumeur paraovarique est en rapport beaucoup plus intime avec l'utérus. Celui-ci est déplacé ou dévié, rarement en antéversion, le plus souvent refoulé en arrière, contre le sacrum, presque toujours immobilisé d'une manière plus ou moins complète. Très-fréquemment aussi, la tumeur refoule la paroi du vagin, et proémine dans sa cavité.

En outre, le kyste paraovarique, étant compris entre la trompe, d'une part, et l'ovaire, de l'autre, affecte nécessairement des rapports plus ou moins déterminés avec ces deux organes. Ordinairement, la trompe embrasse une partie plus ou moins grande de la tumeur, s'étale sur sa surface, mais sans faire corps avec elle ; elle est presque toujours allongée.

La trompe, et l'ovaire qui se trouve généralement du côté opposé, sont séparés de la tumeur par un tissu connectif lâche et peuvent être sans peine isolés et abandonnés dans la cavité abdominale, lorsqu'on pratique l'extirpation de ces kystes. Dans cette opération, l'ouverture de l'abdomen a permis de constater l'état de l'ovaire adjacent. Dans tous les cas, il a été trouvé sain, sans altération kystique ; une fois, il a paru un peu plus volumineux qu'à l'état normal, une autre fois il a présenté une légère atrophie due sans doute à la pression exercée par un kyste de grandes dimensions. L'uretère du côté affecté est souvent accolé à la partie inférieure du kyste ; dans un cas la pression de la tumeur sur ce canal avait amené une dilatation assez marquée dans le bassinet.

Complications. — Les lésions secondaires qu'on a observées dans ces kystes sont peu nombreuses. On ne rencontre point d'adhérences entre la membrane péritonéale qui recouvre le kyste et les organes ou les parois de la cavité abdominale. On a seulement vu et dans un seul cas, en raison sans doute de distensions exagérées, la paroi propre du kyste contracter avec le péritoine des adhérences assez intimes pour rendre l'énucléation difficile.

Le défaut d'adhérences s'explique par l'absence de tout processus inflammatoire dans ces tumeurs. Nous ne connaissons pas un seul exemple de kyste paraovarique enflammé. Nous ne pouvons, en effet, considérer, comme réellement paraovarique, le kyste à contenu purulent, présenté par M. Iszenard à la

Société anatomique (1); quoique développé aux dépens du ligament large, ce kyste n'offrait aucun des caractères des tumeurs kystiques du paraovarium ; l'ovaire du côté affecté n'avait pas été retrouvé et c'était très-probablement dans cet organe que la tumeur avait pris naissance.

La *rupture* de la poche n'a été constatée qu'une seule fois ; la lésion en elle-même n'offre aucun intérêt. Nous reviendrons sur cette question à propos de la terminaison de cette maladie.

Age. — Les kystes paraovariques, d'une façon générale, se développent à tous les âges, depuis la naissance, jusqu'à la vieillesse la plus avancée ; mais les kystes volumineux, nécessitant l'intervention, sont de la plus grande rareté aux deux périodes extrêmes de la vie : sur 17 cas, nous trouvons que le kyste s'est développé une fois à 15 ans, 14 fois entre 20 et 40 ans, 2 fois seulement entre 40 et 50 ans.

Fréquence. — Nous voyons dans une statistique de M. Kœberlé, que sur 293 cas de kystes traités par l'extirpation, il a rencontré 13 kystes paraovariques. D'autre part, dans un relevé de 100 kystes traités par l'injection iodée, M. Boinet a noté 7 kystes hydatiques ; or, ces kystes contenant un liquide limpide comme de l'eau de roche, dans lequel on n'a jamais constaté la présence d'hydatides ou de crochets d'échinocoques, doivent être considérés comme des kystes paraovariques. La facilité extrême avec laquelle tous ces kystes ont guéri, à l'aide d'une seule ponction et

(1) Kyste paraovarique. Progrès médical, 1876, p. 134.

d'une seule injection, vient encore confirmer cette opinion.

D'après ces données, les kystes paraovariques seraient donc, comparativement aux kystes de l'ovaire, dans la proportion de 4 à 7 pour cent.

Mathews Duncan, Atlee, croient leur fréquence beaucoup plus considérable; mais ne serait-elle pas plus grande que ne l'indiquent ces statistiques, elle suffirait pour mériter l'attention des chirurgiens.

Le plus ordinairement, un seul ligament large est atteint. Cependant, plusieurs fois, en pratiquant l'extirpation, on a rencontré un autre kyste, sur le ligament large du côté opposé, mais à un moindre degré de développement.

Ces productions s'observent aussi bien à droite qu'à gauche, et ce résultat concorde avec ce que pouvait faire prévoir le raisonnement, car il n'existe aucun motif sérieux de croire que l'un des deux côtés a sur l'autre un privilége spécial d'immunité.

Etiologie. — Quelles sont les causes de cette sécrétion anormale dans les tubes atrophiés et vides qui ont survécu aux restes du corps de Wolff? Nous devons avouer qu'elles nous sont à peu près complétement inconnues.

M. Follin a trouvé, toutefois, que chez les femmes mortes en couches, l'organe de Rosenmüller est rouge et tuméfié, qu'il participe par conséquent au travail de développement que subit l'utérus pendant la grossesse. On conçoit que ce travail d'hypertrophie puisse avoir pour conséquence de susciter une sécré-

tion dans quelques-uns des tubes glandulaires du corps de Wolff.

D'un autre côté, M. Verneuil et M. Huguier ont trouvé dans les ligaments larges de plusieurs femmes atteintes de kystes multiples de l'organe de Rosenmüler des traces de phlegmasie ancienne ou récente.

On conçoit encore que l'inflammation puisse comme l'hypertrophie ranimer une fonction de sécrétion éteinte depuis longtemps. Mais, il faut bien le dire, l'intervention de la grossesse et celle de l'inflammation ne rendent nullement compte des faits connus. On trouve de petits kystes de l'organe de Rosenmüller chez de petites filles en l'absence de toute lésion inflammatoire et à défaut d'autopsies pour les grands kystes, nous savons que l'ouverture de l'abdomen, dans les cas où l'extirpation a été pratiquée, n'a jamais fait découvrir la moindre trace de phlegmasie ancienne ou récente.

La grossesse ne peut davantage être regardée comme une cause déterminante, puisque dans toutes nos observations nous ne trouvons qu'une seule malade ayant eu des grossesses antérieures.

Quelle est l'influence que les fonctions sexuelles exercent sur le développement de cette affection Quel rapport y a-t-il entre l'état de la santé utérine et le développement ultérieur de la maladie ?

A ces questions nous ne pouvons donner de réponses définies et concluantes : nous nous bornerons à la simple constatation des faits. Nous voyons que sur neuf malades, quatre étaient mariées, mais sans en-

fants, une seule exceptée, et que les cinq autres étaient célibataires.

En consultant les huit observations dans lesquelles l'état de la menstruation a été noté, nous trouvons, que chez cinq malades elle avait toujours été régulière, que chez l'une elle ne s'établit que longtemps après l'apparition de la tumeur, que chez une autre elle était accompagnée de troubles et que chez une dernière enfin, elle était supprimée depuis longtemps.

SYMPTOMES, MARCHE, TERMINAISON

Les kystes rudimentaires du paraovarium, que l'on rencontre chez les petites filles ou les femmes avancées en âge, ne donnent lieu à aucun symptôme appréciable. Ces faits n'offrent d'intérêt qu'au point de vue anatomo-pathologique et les auteurs qui les ont rapportés ne nous ont rien dit sur l'état des diverses fonctions pendant la vie.

D'autres kystes, qui ont déjà acquis un certain développement, le volume du poing, par exemple, peuvent aussi quelquefois passer inaperçus. Ils donnent lieu dans ces circonstances à des symptômes si peu tranchés, les malades y ont prêté si peu d'attention, que ce n'est qu'à l'autopsie qu'on en reconnaît l'existence. Mais dès que la tumeur prend un certain ac-

croissement, elle donne lieu à divers symptômes que nous allons décrire brièvement.

Il est évident que ces symptômes varieront avec les divers degrés de développement. Dans le principe, et dans le cas où le kyste est renfermé dans la cavité pelvienne, il faut de toute nécessité combiner la palpation avec le toucher vaginal et rectal pour y constater la présence d'une tumeur indolente, d'un volume variable, dépressible et élastique, fluctuante, presque immobile, en relations intimes avec l'utérus et la partie supérieure du vagin. Le plus souvent, la première apparition de la tumeur échappe entièrement à l'attention de la femme qui en est atteinte, et la plupart des malades sont dans l'impossibilité de fournir des renseignements précis sur le côté occupé primitivement par la tumeur.

Dès que le kyste a dépassé le détroit supérieur, il augmente le volume du ventre : ce signe est presque toujours le premier qui attire l'attention de la malade et du médecin ; mais il est moins précoce que dans les kystes de l'ovaire. Retenu par le ligament large dans l'épaisseur duquel il se développe, et très exceptionnellement pédiculé, le kyste paraovarique reste longtemps enclavé dans le bassin, ne vient que tardivement occuper la cavité abdominale. La forme du ventre présente aussi quelques particularités : il est régulièrement arrondi jusque dans les flancs, moins proéminent au-dessus du pubis que dans les kystes ovariques.

La palpation fait constater le volume et les limites d'une tumeur arrondie, sans bosselures, indolente,

facile à circonscrire, excepté à sa partie inférieure, peu mobile et manifestement retenue dans une des fosses iliaques, presque toujours bien tendue et élastique.

A la percussion on constate de la matité remontant plus ou moins haut, suivant les dimensions de la tumeur, bien limitée et en général, plus étendue en hauteur et en largeur sur l'un des côtés de l'abdomen. Cette matité est fixe, elle ne subit aucun changement dans les diverses positions du corps. On ne trouve de la résonnance qu'en haut vers l'épigastre et les deux hypochondres, et en arrière sur les côtés de la colonne vertébrale.

Il ne serait pas impossible de trouver de la sonorité à la partie antérieure, si, comme M. Kœberlé l'a observé deux fois, la tumeur était recouverte par le cæcum ou l'S iliaque.

La fluctuation est nette, franche, facile à percevoir; quand on donne la plus légère chiquenaude sur un point du kyste, la main appliquée sur le point opposé éprouve un choc caractéristique; cette sensation est perçue dans tous les sens. Lorsqu'on applique les deux mains à plat sur la surface du ventre et que l'on cherche à déplacer lentement avec une pression convenable la paroi abdominale, on perçoit un frémissement vibratoire analogue à celui que l'on obtient en frottant le doigt humide sur la surface d'une vitre.

Le toucher vaginal fournit des signes précieux; il fait constater la présence du kyste dans la cavité pelvienne et ses connexions avec les organes voisins.

Dans la plupart des cas, on peut sentir par le vagin une tumeur arrondie, molle, dépressible et fluctuante, souvent très-proéminente dans sa cavité ; cette tumeur est en rapport intime avec l'un des bords de l'utérus et les mouvements qu'on lui imprime se communiquent facilement à cet organe. L'utérus est peu mobile ou tout à fait immobilisé ; il subit des déplacements très-marqués : il est presque toujours remonté et en même temps refoulé en arrière contre le sacrum ; cependant chez une des malades que nous avons observée, l'utérus était manifestement en antéversion.

Il semble naturel de penser que ces kystes n'atteignent pas le volume considérable qu'ils présentent parfois sans produire des troubles graves dans les fonctions, sans altérer l'état général. Cependant l'observation nous montre que ces tumeurs prennent naissance, se développent et acquièrent de grandes dimensions dans le silence presque absolu des organes voisins et de tout le système. D'autres fois il se manifeste quelques phénomènes insolites du côté du petit bassin, tels qu'une sensation de gêne, de pesanteur, mais presque jamais de véritables douleurs. Les symptômes de compression du côté du rectum, de la vessie et des membres inférieurs, qu'il est si fréquent de rencontrer avec les tumeurs de l'utérus et de l'ovaire font ici presque complétement défaut ; chez une seule malade nous avons trouvé de la constipation opiniâtre, chez une autre, une plus grande fréquence dans la miction. Le développement de la tumeur ne paraît avoir qu'une médiocre influence sur la mens-

truation. Une seule fois les règles furent supprimées pendant tout le courst. de la maladie, douloureuses dans un autre cas ; enfin, chez une jeune fille de 15 ans, le kyste, depuis longtemps constaté, n'empêcha point l'établissement régulier de la menstruation ; chez toutes les autres malades, cette fonction n'a présenté, ni irrégularités, ni troubles d'aucune sorte.

Les kystes paraovariques, même lorsqu'ils offrent de grandes dimensions n'ont qu'un faible retentissement sur la santé générale. Nous avons déjà vu que la douleur se réduisait le plus souvent à une gêne apportée par la présence et le poids de la tumeur dans les mouvements, dans la marche. La nutrition des malades et leur état général sont beaucoup moins influencés qu'ils ne le sont, en un temps égal, par des tumeurs ovariques de même dimension et malgré la durée souvent assez longue de l'évolution morbide elles conservent la force et l'enbompoint.

D'une manière générale, l'accroissement de ces kystes est lent et uniforme et chez un assez grand nombre de malades, après avoir acquis un certain volume, ils semblent rester à peu près stationnaires. Chez deux de ses malades, M. Kœberlé a vu succéder, à une première période pendant laquelle la maladie s'était développée très-lentement, une deuxième période d'accroissement rapide, consécutive, chez l'une à l'établissement de la menstruation. Mais, malgré la lenteur du développement, et même lorsque la tumeur paraît rester stationnaire, il arrive un jour où

son poids, la gêne qu'elle cause, forcent la malade à réclamer l'intervention du médecin.

En dehors des cas dans lesquels l'art intervient, ces kystes peuvent présenter d'autres modes de terminaison.

Plusieurs chirurgiens pensent que plus d'un de ces kystes de l'ovaire, guéris spontanément à la suite d'une absorption totale du liquide qui y était contenu, était étranger à cet organe, et développé dans le paravarium ; cette opinion, bien qu'admissible, ne repose cependant sur aucun fait constaté par l'autopsie.

Un mode de terminaison mieux établi, c'est la rupture du kyste suivie d'une guérison définitive. On conçoit que cet accident, en raison de la minceur des parois de la poche doive être relativement plus fréquent que dans les kystes de l'ovaire, qui possèdent une paroi en général résistante. Nous ne possédons qu'un seul exemple de rupture constatée d'un kyste paraovarique rapporté dans le *Bristish medical journal* 1876 (Observation XVII). Cette observation nous apprend que chez une femme qui portait un kyste volumineux, cette tumeur avait disparu subitement avec sensation d'épanchement liquide dans l'abdomen; cet épanchement ne fut suivi d'aucun accident inflammatoire, il fut très-rapidement résorbé. La mort étant survenue seize mois plus tard, l'autopsie montra un kyste paraovarique uniloculaire, flasque, complètement vide; gonflé, il atteignait le volume d'une tête de fœtus, mais l'état plissé de sa paroi indiquait évidemment qu'à une autre époque ses dimensions avaient été beaucoup plus considérables. Le siège de la rupture

fut facilement retrouvé. Il n'y avait aucune trace de lésions inflammatoires.

Dans le cas que nous venons de citer, la rupture est attribuée à une violence extérieure ; quelquefois elle pourrait résulter simplement de la distension excessive des parois naturellement minces du kyste.

C'est ainsi que West explique la disparition soudaine d'un kyste qu'il dit avoir toute raison de croire paraovarique. Voici le fait qu'il rapporte : « La malade, lorsqu'elle me consulta pour la première fois avait 50 ans ; je lui donnai des soins pendant huit ans. Sa tumeur qui occupait les annexes du côté droit conserva pendant tout ce temps les mêmes dimensions ; elle était plus petite que la tête d'un fœtus. Tout-à-coup, elle disparut; ses parois minces s'étaient rompues, et son contenu s'était versé dans la cavité péritonéale. Cette tumeur était très-mobile et flottante ; tantôt elle remontait au-dessus du détroit supérieur, tantôt elle descendait plus ou moins bas dans le bassin où elle produisait des malaises variés par sa pression sur les organes pelviens, entre autres une difficulté d'uriner qui disparut complètement avec elle. »

Selon toute aparence, ce kyste était pédiculé et nous avons vu que cette variété était remarquable par l'extrême ténuité de la paroi.

DIAGNOSTIC.

Nous n'entreprendrons pas de faire ici le diagnostic différentiel de toutes les tumeurs abdominales; une pareille étude nous entraînerait beaucoup trop loin; nous ne nous occuperons que de celles qui se développent dans la cavité pelvienne et se rattachent au système utéro-ovarien.

Après avoir éliminé les tumeurs solides, il nous reste à examiner les kystes de l'utérus, l'hématocèle péri-utérine, les kystes hydatiques, les kystes tubaires, la grossesse et plus spécialement les kystes de l'ovaire.

Les kystes de l'utérus, ou tumeurs fibro-cystiques sont irréguliers, formés de plusieurs poches; le toucher vaginal ou rectal fait constater des saillies anormales sur l'utérus même. D'ailleurs ces kystes n'atteignent jamais un grand volume.

Les kystes hydatiques qui se développent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal intermédiaire aux deux feuillets du ligament large, en l'absence du frémissement hydatique, ne pourraient être reconnus que par la ponction et la constatation d'acéphalocystes, ou de crochets d'échinocoques. Les kystes véritablement hydatiques de cette région sont extrêmement rares.

Les kystes de la trompe n'atteignent qu'un faible développement; ils affectent ordinairement une forme allongée, bosselée et noueuse; ils sont presque toujours

situés derrière l'utérus; malgré ces caractères, il serait difficile de les distinguer d'un kyste paraovarique de petit volume; la ponction serait plus probante, car, suivant M. Kœberlé, le liquide contenu dans ces kystes renferme d'assez fortes proportions d'albumine.

L'hématocèle péri-utérine serait distinguée par la soudaineté du développement, les douleurs intenses du début, les signes de péritonite un peu plus tard, la diminution du volume à mesure qu'on s'éloigne du début, par la dureté de la tumeur succédant à la mollesse.

La persistance et la régularité ordinaires des époques, l'absence de ramollissement du col, la netteté de la fluctuation, la minceur des parois ne permettent point de confondre un kyste paraovarique avec un utérus gravide.

Mais, de toutes les tumeurs liquides développées dans la cavité pelvienne, celle avec laquelle il est le plus souvent confondu, c'est le kyste de l'ovaire.

Cherchons donc à établir avec soin le diagnostic différentiel de ces deux affections et pour cela rappelons brièvement les symptômes observés dans chacune d'elles.

Dans les kystes du paraovarium, le ventre est arrondi jusque dans les flancs; la tumeur est lisse, très-régulière, sans adhérences, elle a des connexions étroites avec l'utérus qui est le plus souvent remonté, refoulé contre le sacrum, elle proémine fréquemment dans le vagin. La fluctuation est très-nette, également perçue dans tous les sens; la menstruation est

presque toujours régulière, la douleur se borne à une sensation de gêne et à quelques malaises, l'accroissement est en général très-lent, l'état général reste satisfaisant, les forces et l'embonpoint sont conservés.

Dans les kystes de l'ovaire, le ventre est plus globuleux, plus proéminent au-dessus du pubis ; la tumeur est souvent irrégulière, bosselée, adhérente, en relation moins intime avec l'utérus ; celui-ci est le plus souvent déplacé en avant et abaissé; la fluctuation n'est pas toujours nette, ni perçue dans tous les sens ; les troubles de la menstruation sont assez fréquents ; la douleur y est ordinaire, quelquefois vive et s'irradiant dans les cuisses ; l'accroissement est plus rapide, plus irrégulier, n'a pas de tendance à s'arrêter; la santé générale est presque toujours très-ébranlée ; l'amaigrissement est habituel.

Mais les caractères, tirés de l'examen des symptômes objectifs et subjectifs, de la marche de l'affection, de l'état général, quoique très-importants, sont parfois insuffisants pour assurer le diagnostic : c'est alors la ponction exploratrice qui lèvera tous les doutes.

Dans une communication récente à l'Académie de médecine, sur les *indications et les contre-indications de l'ovariotomie*, M. Duplay prescrivait d'une manière absolue de pratiquer cette ponction exploratrice dans tous les cas de tumeur enkystée de l'abdomen. C'est elle qui nous renseignera sur les qualités du liquide kystique et par là sur la nature même du kyste.

Nous savons, en effet, que le contenu des kystes du paraovarium est incolore, d'une fluidité parfaite, d'une

clarté semblable à celle du cristal ou à peine opalescent, de densité très-faible, parfois très-salé.

Si donc la ponction donne issue à un liquide épais, visqueux, gélatineux, diversement coloré en brun, en jaune ou en vert, il n'y a pas d'hésitation : on a affaire à un kyste ovarique.

Mais comme certains kystes de l'ovaire renferment un liquide séreux, limpide, l'examen des propriétés physiques du contenu des kystes n'est pas suffisant pour fixer le diagnostic. L'examen chimique constitue le dernier recours et il tranche la difficulté le plus souvent. Pour MM. Kœberlé, Thornton, ce diagnostic repose sur la présence ou l'absence dans ces liquides des composés albumineux (albumine et surtout paralbumine).

L'albumine précipite par l'acide nitrique et le précipité se maintient et même augmente par l'addition d'acide acétique.

La paralbumine précipite aussi par l'acide nitrique, mais (caractère distinctif) le précipité se redissout par l'action de l'acide acétique.

Or, les kystes paraovariques ou kystes du ligament large, ne contiennent d'habitude aucun composé albumineux : leur liquide ne se trouble pas quand on y verse les acides indiqués. Lorsqu'ils en contiennent, et toujours en minime proportion, c'est de l'albumine; les nuages produits par l'acide nitrique au lieu de se dissoudre par l'acide acétique, augmentent plutôt.

Les kystes de l'ovaire, au contraire, fournissent un liquide chargé d'albumine et surtout de paralbumine; le précipité obtenu par l'acide nitrique se dissout par-

tiellement ou totalement par l'addition d'acide acétique.

Enfin, l'examen microscopique, qui nous fait constater dans les liquides ovariques la présence de globules granulés, jaunâtres (cellules de Drysdale), caractéristiques, suivant Thornton et Kœberlé, de cellules caliciformes, des cristaux de cholestérine, nous révèle dans les liquides paraovariques l'absence de tout élément figuré.

Cependant tous les cas ne sont pas aussi simples et certaines circonstances spéciales peuvent quelquefois obscurcir le diagnostic. Si, par suite d'une distension excessive, d'éraillures de la paroi du kyste ou de tout autre cause, du sang s'est épanché dans la cavité, le liquide sera plus ou moins rouge ou brun. Il sera cependant encore possible de le distinguer d'après les caractères suivants : quoique coloré, il est fluide, sans viscosité; l'analyse chimique n'y fait constater que de l'albumine et jamais de paralbumine. L'examen microscopique ne révèle la présence d'aucun élément figuré autre que des globules sanguins.

Les faits de cette nature ne sont pas très-rares; M. Kœberlé a extirpé un kyste paraovarique à contenu sanguinolent; M. Panas a, dans un cas, retiré par la ponction un liquide présentant les mêmes caractères, et nous en avons nous-même observé un exemple chez une malade de M. Duplay.

Pronostic. — L'absence de troubles fonctionnels graves, la lenteur du développement, la conservation de la santé générale, la facilité avec laquelle on ob-

tient leur guérison, font de ces kystes une affection particulièrement bénigne. Le pronostic n'a point paru aggravé par la présence des produits hémorrhagiques dans le liquide kystique.

TRAITEMENT.

Le traitement de ces kystes est des plus simples.

Une seule ponction a suffi dans tous les cas, pour amener, par l'évacuation complète ou même partielle (obs. IX) du liquide, une guérison définitive.

Les parois du kyste vidé subissent selon toute probabilité, les mêmes modifications que celles qui ont été constatées dans le cas de rupture que nous rapportons; elles s'accolent, se plissent et se rétractent. On peut supposer même que ce travail est assez long, si nous en jugeons par les dimensions que possédait encore la paroi du kyste rompu, seize mois après l'accident. Quoi qu'il en soit, le kyste une fois vidé perd pour toujours son activité sécrétoire. Les malades ont toutes été revues, les unes, plusieurs mois, les autres, en plus grand nombre, plusieurs années après la ponction ; chez aucune d'elles on n'a retrouvé de traces de reproduction de kyste.

Nous ne saurions donc trop nous élever contre la pratique de M. Kœberlé, qui, appliquant rigoureusement une méthode exclusive de traitement, emploie

pour ces kystes, comme pour ceux de l'ovaire, l'extirpation. C'est faire courir à l'existence des malades soumises à cette opération les plus grands dangers, pour un résultat moins favorable que celui qui est obtenu par une ponction inoffensive. Et ces dangers ne sont pas imaginaires, car nous voyons, dans sa propre statistique, que sur treize cas de kystes du ligament large traités par l'extirpation, l'un a été suivi de mort, et que dans deux autres, il persiste une fistule.

M. Kœberlé a d'ailleurs contre lui l'opinion unanime de tous les chirurgiens qui se sont occupés de cette variété de kystes. MM. Panas et Duplay, en France, Spencer Wells, Mathews Duncan, Thornton, Lawzon Tait, en Angleterre, Atlee, aux Etats-Unis, sont d'accord pour reconnaître que toutes les fois qu'on est en présence d'un kyste uniloculaire, à parois minces et renfermant un liquide transparent, très-fluide, ne contenant que peu ou pas d'albumine, d'une légère pesanteur spécifique, la ponction abdominale est indiquée et suffit pour amener la guérison radicale.

C'est donc à ce traitement très-simple que l'on devra avoir recours dans tous les cas de ce genre; il assure aux malades une guérison complète et durable sans leur faire courir les chances toujours hasardeuses de l'ovariotomie.

A quelle époque de la maladie faut-il pratiquer la ponction? Pour les kystes de l'ovaire, chez lesquels cette opération purement palliative avait souvent pour résultat de hâter une terminaison funeste, cette ques-

tion avait pu diviser les chirurgiens. Mais, pour les kystes paraovariques, l'indication est des plus nettes: la ponction curative, sans danger, devra être pratiquée dès que ces tumeurs seront une cause de gêne, de troubles fonctionnels même légers.

Dans quel point de l'abdomen devra-t elle être faite? Boinet croit qu'il est préférable de la pratiquer du côté où s'est développé le kyste; elle permettrait ainsi plus facilement l'évacuation complète du liquide, mais elle expose aux blessures des artères des parois abdominales. Nous pensons donc avec Spencer Wells qu'il est préférable de la pratiquer sur la ligne médiane, où l'on n'a pas à redouter ces accidents.

Nous ne dirons que quelques mots des divers procédés employés pour cette opération.

Atlee conseille l'emploi d'un gros trocart, « afin que l'ouverture de la paroi naturellement mince du kyste restant béante, si le liquide se reproduit, il puisse s'épancher dans la cavité péritonéale et être résorbé par elle. » Il va même jusqu'à pratiquer l'excision d'une portion de la paroi kystique attirée à travers une ouverture de la ligne blanche.

Nous ne croyons pas qu'une telle pratique doive être adoptée; car, s'il est vrai que l'épanchement du liquide ne détermine aucun accident, il n'est pas certain que la blessure de la paroi abdominale soit toujours aussi inoffensive.

M. Panas, au contraire, pratique la ponction à l'aide du petit trocart explorateur de trousse, auquel il ajoute un tube de caoutchouc, plongé dans l'eau à son autre extrémité et jouant le rôle de siphon. Ce

procédé a donné à son auteur les meilleurs résultats. Nous lui préférons cependant la ponction aspiratrice à l'aide de l'appareil de M. Potain, qui amène une évacuation plus rapide et plus complète.

Quel que soit le procédé employé, il faut toujours, après avoir retiré le trocart, pousser la canule aussi profondément que possible et la contenir dans cette position, afin d'éviter que les parois du kyste en revenant sur elles-mêmes n'abandonnent l'instrument avant l'évacuation complète du liquide.

Une fois le kyste vidé, une compression du ventre bien faite, le repos au lit pendant les premiers jours, quelques précautions dans la marche pendant une ou deux semaines suffiront pour assurer à la malade le bénéfice d'une prompte guérison.

OBSERVATIONS

Obs. I (personnelle). — Kyste paraovarique.

Mme M..., âgée de 32 ans, ouvrière en boutons, entre à l'hôpital St-Louis, salle Ste-Marthe n° 68, service de M. Duplay, le 11 mai 1878.

Elle est réglée depuis l'âge de 15 ans et, jusqu'à ce jour, la menstruation a toujours été parfaitement régulière, la malade n'a jamais eu de fausse couche, ni de grossesse à terme ; elle n'est pas mariée.

Il y a six ans, elle a ressenti d'abord une certaine pesanteur, des tiraillements, puis de véritables douleurs dans le côté gauche de

l'abdomen ; elle s'aperçut bientôt que son ventre augmentait de volume, mais elle ne remarqua pas que le développement fût jamais plus marqué d'un côté que de l'autre.

Elle eut en même temps des malaises et des vomissements ; mais ces troubles ne furent jamais assez graves pour l'empêcher de s'occuper des travaux de sa profession, bien qu'elle fût placée comme domestique à cette époque.

Après un accroissement lent et régulier, le volume du ventre devint à peu près stationnaire ; au dire de la malade, la grosseur de l'abdomen était, il y a deux ans et demi, sensiblement la même qu'aujourd'hui.

A ce moment, les malaises et la gêne causée par le poids de la tumeur forcent la malade à entrer à l'hôpital Lariboisière. Elle y resta deux mois ; il ne fut fait aucun traitement. Au sortir de l'hôpital, ne se sentant plus assez forte pour s'occuper de travaux pénibles, elle quitte l'état de domestique pour travailler à la fabrication des boutons.

Jusque-là, ces malaises étaient assez légers et son état restait parfaitement supportable, lorsqu'il y a une dizaine de jours, les douleurs sont devenues plus vives et l'ont forcée à entrer dans le service de M. Duplay.

Etat actuel. — Le ventre est développé, tombant un peu sur les cuisses ; la tuméfaction est générale, mais plus marquée en avant. Le système veineux sous-cutané n'est pas développé outre mesure. La tumeur, régulièrement arrondie, ne présente aucune bosselure, elle est élastique, également rénitente dans toute son étendue ; en aucun de ses points, la palpation ne décèle la présence d'une masse solide. La percussion fait constater une matité absolue sur la ligne médiane, jusqu'au sommet du creux épigastrique ; on la trouve aussi de chaque côté jusque dans la partie la plus reculée des flancs, cependant, peut-être, un peu plus prononcée à gauche qu'à droite. Cette matité est invariable et fixe dans toutes les positions qu'on fait prendre à la malade ; elle ne paraît aucunement influencée par les mouvements d'abaissement et d'élevation du diaphgrame. La sensation de flot est perçue avec la plus grande netteté ; la moindre chiquenaude produit des vibrations qui sont transmises dans tous les sens.

Par le toucher vaginal, on constate qu'il est impossible d'atteindre le cul-de-sac postérieur qui est occupé par le col de l'utérus.

Celui-ci est manifestement en antéversion et paraît complétement immobilisé; il n'est pas douloureux.

Actuellement encore, les règles viennent à époque fixe, comme par le passé, durent une huitaine de jours, mais s'accompagnent cependant de douleurs dans le ventre et les flancs un peu plus intenses qu'autrefois. La douleur fixe que la malade ressentait dans le flanc gauche a presque entièrement disparu par le repos.

Il y a une absence complète d'état fébrile, l'appétit est bien conservé, les digestions sont bonnes; la constipation est habituelle, les urines sont normales et il n'y a pas de gêne sensible dans la miction. La malade ne tousse pas, la percussion et l'auscultation ne révèlent aucune altération des organes thoraciques.

On constate seulement à la base du cœur un souffle doux, se prolongeant dans les vaisseaux du cou. Le teint est légèrement pâle, mais les muqueuses sont peu décolorées. La malade a légèrement maigri depuis quelque temps et s'est aperçue, à plusieurs reprises, que ses jambés enflaient après la marche.

Tous ces symptômes annonçaient un kyste uniloculaire, à contenu séreux, à parois minces, mais sans qu'il fût possible de se prononcer sur l'origine même et la nature de la lésion. C'est la ponction qui leva tous les doutes, et permit à M. Duplay d'affirmer, d'après les caractères du liquide, qu'il s'agissait d'un de ces kystes qui se développent dans le paraovarium et qui sont remarquables par la facilité avec laquelle ils guérissent.

Ponction. — La ponction fut faite, le 25 mai, sur la ligne médiane, à 5 centimètres environ au-dessous de l'ombilic, à l'aide de l'aspirateur de M. Potain. Elle donna issue à 11,350 grammes d'un liquide transparent, non visqueux, dont nous donnons plus loin les caractères.

Après la ponction, on applique un bandage de corps qui comprimé légèrement l'abdomen par l'intermédiaire d'une épaisse couche de ouate. La malade se ressent à peine de l'opération; mais, le lendemain, elle accuse quelques douleurs dans le ventre, au creux épigastrique, et surtout dans les reins.

Le 27, on constate de la matité dans la région iliaque droite. On pratique le toucher vaginal qui montre que la situation de l'utérus en antéversion n'est pas modifiée, mais il est mobile, et par le toucher rectal on trouve qu'il a un volume normal.

Le 29, les douleurs et la matité ont disparu.

A partir de ce moment, l'état de la malade va en s'améliorant, elle reprend des forces, et elle commence bientôt à se lever.

Au bout d'un mois on constate que le kyste ne s'est pas reproduit, le ventre est revenu à son volume normal; elle quitte l'hôpital dans un état de santé tout à fait satisfaisant.

M. Duplay ayant fait revenir cette malade à l'hôpital vers la fin du mois de décembre, nous avons pu constater avec lui que plus de 7 mois après la ponction, on ne trouvait aucune trace de kyste dans l'abdomen.

Voici maintenant la note de l'analyse chimique, remise par le pharmacien :

Examen du liquide provenant de la ponction. — La ponction pratiquée a produit 11 litres 350 c. d'un liquide incolore, d'une très-légère opalescence, sans odeur sensible. Le poids spécifique du liquide était de 1012.

La réaction de ce liquide était alcaline, et cette alcalinité n'était attribuable ni à l'ammoniaque, ni à la potasse.

L'examen au chalumeau a accusé la soude. Nous avons d'ailleurs caractérisé l'acide carbonique au moyen de l'eau de chaux. Nous avons donc conclu à la présence du carbonate de soude.

Nous avons également reconnu la présence du sel marin.

L'évaporation de la liqueur à siccité a donné un résidu solide que nous avons calciné au rouge, afin de détruire la matière organique. Dans le résidu repris par l'eau distillée et filtré, nous avons dosé le carbonate de soude et le sel marin par des procédés volumétriques.

Les matières organiques étaient peu nombreuses, et surtout peu abondantes; nous n'avons trouvé que de l'albumine et de la métalbumine; l'albumine ordinaire était en trop faible quantité pour pouvoir être dosée.

Nous avons dosé la métalbumine.

Dosage des substances,

Eau.....................	1,000
Sel marin...............	5,784
Carbonate de soude.......	2,155
Albumine................	traces
Métalbumine	4,334

Obs. II (personnelle). — Kyste paraovarique.

Mme G. Camus, couturière, âgée de 23 ans, entre à l'hôpital St-Louis le 14 novembre 1878, salle Ste-Marthe n° 69, service de M. Duplay.

Elle n'est pas mariée et n'a jamais eu ni grossesse ni fausse couche. Elle a été réglée à l'âge de 14 ans; depuis cette époque les règles ont toujours apparu régulièrement chaque mois, mais parfois elles étaient accompagnées de quelques douleurs lombaires et abdominales qui la forçaient à garder le lit.

Il y a quatre ans, cette jeune fille a remarqué que son ventre augmentait de volume. Cette augmentation a marché lentement et d'une manière pour ainsi dire insensible, mais, depuis environ un an, elle est restée à peu près stationnaire. Pendant toute cette période d'accroissement, la malade n'a pas éprouvé la moindre douleur et sa santé est demeurée excellente.

Toutefois, il y a quelques mois, la gêne et la fatigue occasionnées par le volume considérable du ventre la décidèrent à consulter le Dr Roustan, de Creil, et, sur son conseil, elle vint trouver M. Duplay à l'hôpital, et le pria de la débarrasser de sa tumeur.

A son entrée, on constate que l'abdomen présente un volume considérable, à peu près celui d'une grossesse à terme. La forme générale n'a rien de caractéristique, le ventre est arrondi, légèrement étalé sur les flancs; il n'y a pas cette proéminence que l'on observe ordinairement dans les kystes ovariques.

Par la percussion, on trouve une matité absolue, excepté au niveau de la demi-circonférence supérieure de l'abdomen et de la partie la plus reculée des flancs; cette matité est fixe et ne subit aucune modification, quelque position que l'on fasse prendre à la malade. Avec cette matité, on constate une fluctuation des plus franches se transmettant dans tous les sens, sous l'influence de la plus légère percussion. La tumeur offre une rénitence, une élasticité à peu près égales dans toute son étendue, excepté cependant en deux points de son extrémité supérieure, où elle est un peu moins dépressible. Elle est mobile sur les parties profondes, et on peut la déplacer de haut en bas et de droite à gauche. Si l'on applique la main sur le ventre pendant que la malade fait de grandes inspirations, on ne constate pas les mouvements successifs d'abaissement

et d'élévation que subissent les différentes tumeurs des organes liés au diaphragme.

Au contraire, le toucher vaginal fait constater d'une manière évidente des connexions assez étroites de cette tumeur avec les organes génitaux internes. Les divers mouvements qu'on lui imprime se communiquent assez facilement à l'utérus. De plus, le col est fortement remonté, l'utérus est déplacé et comprimé sur la concavité du sacrum ; on ne trouve rien dans le cul-de-sac postérieur.

Malgré le volume considérable de cette tumeur, elle ne donne lieu qu'à des troubles fonctionnels presque insignifiants ; l'état général est excellent et les diverses fonctions de l'économie sont absolument intactes. Les digestions sont faciles, il n'y a pas de constipation, mais un peu de fréquence de la miction. Mais, s'il n'y a pas de véritables douleurs, la malade éprouve une gêne considérable dans la marche ; elle a maigri légèrement depuis quelques mois.

La menstruation est des plus régulières et quelques jours plus tard après son entrée, la malade a eu ses règles dans la salle même.

Il s'agissait évidemment d'une collection liquide, et la forme ainsi que la fixité de la matité, indiquaient que cette collection liquide était enkystée. Après avoir d'abord éliminé les kystes du foie et du rein, l'hydropisie enkystée du péritoine, on était amené à rattacher cette tumeur au système utéro-ovarien.

On ne pouvait s'arrêter à l'idée d'une grossesse, que rien ne justifiait ; la tumeur, très-régulière, rénitente et fluctuante dans tous les sens, ne pouvait être de nature fibro-cystique ; le toucher vaginal ne faisait constater aucune saillie anormale située sur l'utérus même.

Restaient les kystes de l'ovaire ; le doute était permis jusqu'à la constatation des caractères du liquide contenu dans la poche.

Le 23 novembre, M. Duplay pratique une ponction sur la ligne médiane de l'abdomen à l'aide de l'appareil de M. Potain, ponction qui donne issue à 11 litres d'un liquide limpide, clair et transparent comme de l'eau de roche.

Ces caractères permettent à M. Duplay d'affirmer qu'il ne s'agissait point là d'un véritable kyste ovarique, mais qu'on était en présence d'un kyste du paraovarium.

Aussitôt après la ponction, on applique un bandage de corps

légèrement compressif. La malade n'a nullement souffert de l'opération.

Son état de santé est de plus en plus satisfaisant, et elle sort de l'hôpital le 26 décembre, sans la moindre reproduction de liquide.

Examen du liquide. — L'examen du liquide a fourni les résultats suivants :

Caractères physiques. — La liqueur est claire, elle garde sa transparence au bout de quarante-huit heures ; elle possède une réaction légèrement alcaline ; sa densité est de 1010 ; odeur nulle.

Caractères chimiques. — Dans la recherche de l'albumine, la chaleur ne donne aucune coagulation ; avec l'acide nitrique et le réactif de M. Méhu, il se manifeste une faible opalinité, mais pas de coagulum sensible, ce qui prouve que si de l'albumine se trouve dans la liqueur, elle s'y trouve en proportion excessivement petite.

Les réactifs n'ont indiqué ni cholestérine, ni phosphates.

Le liquide est riche en chlorures ; il en contient 16 grammes par litre ; on y reconnaît également la présence d'une petite quantité d'urée.

OBS. III. — Kyste du ligament large, guéri par la ponction. (Extraite du *Traité des tumeurs de l'ovaire* de Washington Atlee).

Miss C... m'est adressée par Pennock, elle a été traitée pour une hydropisie de l'ovaire, sans succès. Mon opinion a été celle-ci : c'est un cas d'hydropisie enkystée et vraisemblablement ovarique ; la paracentèse seule peut trancher la question.

Le kyste était de grandes dimensions, il remplissait presque toute la cavité abdominale, refoulant la masse intestinale en arrière sur les côtés de la colonne vertébrale, l'utérus en bas vers le périnée de manière à produire une sorte de rétroversion. Sur le conseil du Dr Neigs, un traitement interne est institué, mais il ne donne aucun résultat. Six mois plus tard, août 1847, la malade vient se présenter de nouveau ; la tumeur avait augmenté de volume, la fluctuation pouvait être perçue par le rectum et le vagin ; l'utérus était aplati contre le périnée, le col se présentant horizontalement en avant, le corps recourbé en arrière et incliné à droite. On décida l'ovariotomie sans perdre de temps à la paracentèse ; sur mon avis, l'opération fut ajournée. En décembre, le

côté gauche de l'abdomen était plus développé en hauteur que le droit, et sa circonférence, mesurée de chaque côté, présentait également une différence assez considérable en faveur du côté gauche. Les urines étaient fortement colorées, mais de réaction acide et sans traces d'albumine. La paracentèse est décidée. Le 11 décembre 1847, je ponctionne le kyste et je retire 18 pintes (9 litres) d'un liquide dont on trouvera plus loin les caractères.

Après l'opération, j'examine l'abdomen. Je ne constate aucune altération ; tous les organes paraissent sains. A la percussion, il y a de la sonorité à droite de haut en bas, partout ailleurs, matité. Les pulsations de l'aorte sont nettement perçues ; l'utérus s'est relevé en se portant vers la gauche. Les ligaments larges peuvent être saisis entre les doigts ; le droit est plus long, le gauche, plus épais. En portant l'utérus à droite de façon à tendre le ligament gauche, on produit de la douleur. Trente heures après, la sonorité a partout reparu, la malade guérit complétement ; et, depuis lors, cette guérison ne s'est pas démentie.

Le liquide, examiné par le Dr Drysdale, présentait les caractères suivants :

Caractères physiques. — Aussi clair que de l'eau ; cependant très-légèrement opalescent à la lumière. Pas de dépôts, ni de nuages après plusieurs jours de repos ; poids spécifique 1004.

Examen chimique. — Réaction alcaline, pas d'albumine ni de composés albumineux qui fussent décelés par l'acide nitrique et la chaleur.

500 gr. de ce liquide évaporés donnent : résidu solide 6 gr., eau 494 gr. Le résidu solide se compose de chlorure de sodium et d'une très-petite quantité de carbonate de soude.

L'examen microscopique montre quelques globules sanguins et quelques globules graisseux, dus sans doute, ceux-ci, à l'huile qui enduisait le trocart, ceux-là à la blessure des parois abdominales.

Obs. IV. — Kyste du ligament large, diagnostiqué et guéri par la ponction. (Extraite du *Traité des tumeurs de l'ovaire*, de Washington Atlee.)

Mme G..., anglaise, âgée de 40 ans, vient me consulter pour une augmentation de volume de l'abdomen. La menstruation a toujours été régulière ; la malade n'a pas d'enfants, bien qu'elle soit

mariée depuis l'âge de 19 ans. Après consultation avec Sharpless, on porte le diagnostic : Kyste uniloculaire ovarique. Pour savoir s'il convenait de pratiquer l'extirpation, on fait une ponction qui donne issue à 35 pintes (17 litres environ) d'un liquide parfaitement limpide, sans viscosité, présentant tous les caractères du contenu des kystes du ligament large.

La tuméfaction abdominale a totalement disparu ; les parois du ventre sont concaves, on ne peut découvrir aucune masse solide dans le bassin. Dans ces conditions, l'opération fut jugée tout à fait inutile ; un traitement interne fut institué et la guérison s'ensuivit.

Obs. V. — Kyste du ligament large, guéri par la ponction. (Extraite du *Traité des tumeurs de l'ovaire*, de Washington Atlee.)

Kyste du ligament large ; 23 pintes de liquide retirées par la ponction ; traitement médical consécutif ; non-reproduction de l'hydropisie.

Le liquide retiré est clair, transparent et incolore comme de l'eau ; cependant, quand on l'examine par transparence, il présente une teinte légèrement laiteuse. Il reste limpide par l'ébullition, mais l'addition d'acide nitrique produit quelques nuages. Sa réaction est alcaline, son poids spécifique, 1008.

Voici sa composition chimique :

Eau.....................	995,3
Matières solides..........	4,7

Le résidu solide est ainsi formé :

Albumine................	0,50
Chlorure de sodium......	2,00
Carbonate de soude	1,50
Phosphates et sulfates....	0,70

L'examen microscopique montre l'absence de tout élément figuré dans ce liquide.

Obs. VI. — Quatre cas de kystes du ligament large guéris par la simple ponction. (Extraite du *Medical Times*, 1851. — Bird.)

1er cas. — X..., âgée de 25 ans, souffrait depuis cinq ans d'une tumeur supposée ovarienne. La fluctuation était très-distincte. La malade fut ponctionnée, on retira une grande quantité de liquide dont on trouvera plus loin les caractères. Guérison.

2e cas. — 50 ans. Depuis près de six ans l'abdomen était distendu. La ponction donna issue à plusieurs pintes de liquide clair et fluide. Depuis quatre ans, le liquide ne s'est pas reproduit.

3e cas. — Moins de 30 ans. — Depuis deux ans, signes ordinaires de l'hydropisie ovarique. Ponction : on retire environ 17 pintes de liquide clair, transparent. Dix-mois sont passés et rien n'a reparu.

4e cas. — 21 ans. Depuis moins de deux ans, signes de tumeur ovarienne. Certains caractères, dans ce cas, me firent penser que j'avais affaire à un kyste du ligament large. Ponction. Sortie d'un liquide clair aqueux en grande quantité. Depuis sept mois, le ventre n'a pas grossi.

Le liquide sécrété a présenté dans chaque cas les mêmes caractères physiques et chimiques; clair et limpide comme de l'eau, de densité faible et ne contenant pas d'albumine.

Obs. VII. — Kyste contenant un liquide clair, guéri par la ponction. (Extraite des *Archives de tocologie*, 1875. — Panas.)

Mme X..., veuve et sans enfants, âgée de 35 ans, avait vu depuis deux ans, et sans cause appréciable, son ventre grossir d'une façon assez rapide. L'exploration directe nous ayant permis de diagnostiquer un kyste uniloculaire de l'ovaire gauche, à contenu séreux, nous avons de suite écarté l'idée d'une ovariotomie et nous proposâmes la ponction suivie d'injection iodée, au tiers de concentration. La ponction nous permit de retirer 9 litres d'un

liquide incolore, diaphane, ne précipitant ni par la chaleur, ni par l'acide azotique, autrement dit, dépourvu d'albumine. Par l'examen microscopique, on n'a pu y découvrir aucun crochet d'échinocoque.

En présence d'un cas aussi spécial et qui s'offrait à nous pour la première fois, nous avons pensé qu'il serait peut-être possible de guérir la malade sans pratiquer l'injection iodée. Nous nous sentions d'autant plus enclin à mettre l'injection de côté que l'innocuité des injections iodées dans les kystes ovariques est, comme l'on sait, loin d'être absolue.

Bien nous en a pris, car, 15 jours après la ponction, nous avions le plaisir de voir la malade, complétement guérie, partir pour la Russie d'où elle nous écrivait deux années plus tard qu'elle se trouvait définitivement débarrassée de son kyste.

Obs. VIII. — Kyste séreux, guéri par la ponction. (Extraite des *Archives de tocologie*, 1875. — Panas.)

En 1872 entrait dans notre service de l'hôpital St-Louis une femme de 35 ans, ponctionnée deux années auparavant par M. Trélat à la Pitié, pour un kyste de l'ovaire.

D'après le dire de la malade, le liquide retiré était jaunâtre, et l'on aurait pratiqué une injection iodée. A l'examen, nous avons constaté un kyste ovarique de moyenne grosseur, uniloculaire et à liquide ténu. Nous pensions, d'après cela, qu'il s'agissait peut-être chez elle d'une récidive du premier kyste; mais comme la ponction faite séance tenante nous a fourni un liquide aqueux, absolument transparent et incolore, force nous a été d'admettre que nous avions affaire à un kyste nouveau, différent du premier par la nature de son contenu et susceptible de guérison par la simple ponction capillaire sans injection iodée.

On retira 7 litres de liquide. Quinze jours après la ponction, la malade sortait de l'hôpital. Les règles jusque-là supprimées apparurent, et huit mois plus tard la malade rentrait à Saint-Louis, enceinte de six mois. Le kyste demeurait définitivement guéri.

Obs. IX. — Kyste contenant un liquide incolore et très-fluide, guéri par la ponction. (Archives de tocologie, 1875. — Panas.)

Magnier (Marie), âgée de 37 ans, entre à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Marthe, pour un kyste volumineux de l'ovaire droit, dont le début remontait à six mois.

Le kyste étant jugé uniloculaire à contenu séreux, nous pratiquons, le 12 mars, une simple ponction qui laisse écouler douze litres d'un liquide aqueux, absolument incolore et dépourvu de toute viscosité. Malgré tout le soin qu'on en a pris, la canule sort de la poche kystique vers la fin de l'opération, ce qui fait qu'une certaine quantité de liquide (peut-être 500 grammes) restait encore dans ce kyste.

La malade est gardée pendant quinze jours à l'hôpital, pour voir si le kyste n'avait pas de tendance à revenir. Mais comme elle se trouvait en parfait état de santé et que le liquide restant s'était à peu près résorbé, on lui accorda la sortie, à la condition de se représenter. Le 9 mai, c'est-à-dire deux mois après l'opération, elle vient en effet se faire examiner, et l'on constata que toute trace de kyste avait totalement disparu.

Il résulte de l'analyse, que le liquide très-pauvre en matières solides, renferme une petite quantité d'albumine modifiée et rendue soluble par la présence d'une grande quantité de sels neutres ou alcalins.

Obs. X. — Kyste guéri par la ponction. (Extraite des Archives de Tocologie, 1875. — Panas.)

Mme M., 24 ans, mariée depuis trois ans, sans enfants, entre à Lariboisière, le 23 août 1874. Réglée à 15 ans, elle n'a jamais éprouvé depuis aucun trouble dans l'apparition de ses époques.

Il y a deux ans, elle s'est aperçue que son ventre augmentait de volume, en même temps qu'elle devenait constipée et qu'elle était sujette à des besoins fréquents d'uriner.

La tuméfaction du ventre est assez considérable et occupe surtout le côté gauche. Les signes tirés du palper, de la percussion et

du toucher vaginal permettent de diagnostiquer un kyste uniloculaire, à liquide absolument séreux.

Le 24 août, on ponctionne le kyste à gauche, ce qui permet de le vider complétement et d'en retirer neuf litres et quart d'un liquide absolument dépourvu de viscosité et clair comme de l'eau, quoique offrant une légère teinte opaline.

Immédiatement après la ponction, la malade urine abondamment. C'est là une circonstance que nous avons eu l'occasion de noter souvent après l'évacuation des kystes ovariques par la ponction et qui pourrait s'expliquer par un afflux plus considérable du sang dans le système circulatoire du rein, par suite du vide que laisse après elle la disparition de la tumeur.

La ponction n'a pas été suivie du plus petit accident ; aussi la malade quitte l'hôpital le 31, sans trace de reproduction du liquide kystique. Le 12 septembre la malade revient se faire examiner. Nous n'arrivons à sentir rien qui rappelle son ancien kyste. Sa santé générale est excellente. Le 24 septembre nouvel examen, absolument satisfaisant. Pas la moindre trace de kyste. La malade a engraissé visiblement. Le 15 octobre, la malade prend congé pour retourner chez elle, entièrement guérie.

L'analyse a donné les résultats suivants :

Couleur claire; légèrement opaline. Saveur salée.

Densité, 1009. Réaction alcaline faible.

Par la chaleur, portée jusqu'à l'ébullition, le liquide devient légèrement louche, mais ne laisse de précipité, peu abondant d'ailleurs, qu'après un repos de deux jours. Par l'alcool, on obtient un précipité très-net qui se rédissout en partie après addition d'eau. Traité par le nitrate d'argent ce liquide donne un précipité blanc, caillebotté et très-abondant de chlorure d'argent.

En résumé, le liquide très-pauvre en albumine ou paralbumine, contenait une proportion notable de chlorure de sodium, sans doute aussi d'autres sels alcalins en quantité moindre, et qui n'ont pas été recherchés.

Obs. XI. — Kyste contenant un liquide séreux mélangé de sang, guéri par la ponction. (Extraite des Archives de tocologie, 1875. — Panas.)

Mme X., âgée de 34 ans, s'était aperçue de son kyste dix-huit

mois auparavant. La ponction donna issue à quatre litres d'un liquide absolument séreux, mais d'une teinte brunâtre, due au mélange d'une certaine quantité de sang altéré. Aussi ce liquide précipitait-il nettement par la chaleur et l'acide azotique ; moins abondamment toutefois que le liquide fortement albumineux contenu dans les kystes ovariques ordinaires.

Cette complication nous avait inspiré l'idée de pratiquer, cette fois au moins, une injection iodée, mais comme au dernier moment, par un mouvement intempestif de la malade, la canule du trocart s'était déplacée et avait passé du kyste dans le péritoine, force nous a été de nous abstenir de toute injection. La malade en question a parfaitement et définitivement guéri, grâce à cette simple ponction et la guérison fut jugée définitive par Nélaton et Boinet, qui, deux mois plus tard, avaient été consultés à cet effet. Nous venons d'avoir, il y a quelques mois, des nouvelles de cette dame, et aujourd'hui, deux années et demie après la ponction, sa santé se maintient florissante, sans que la moindre apparence de kyste se soit montrée depuis.

Obs. XII. — Kyste paraovarique ; extirpation. (Extraite du Traité des maladies de l'ovaire de Spencer Wells.)

Une dame âgée de 34 ans avait remarqué, dès l'année 1862, que son ventre augmentait de volume, mais sa santé n'en était en rien altérée. Ce n'est que trois mois avant l'époque où je la vis, en août 1663, que l'on soupçonna l'existence d'une tumeur ovarienne. La circonférence du corps, au niveau de l'ombilic, était de 34 pouces et demi ; la distance du cartilage ensiforme à la symphyse du pubis, de 15 pouces ; de l'ilium à l'ombilic, elle était de 9 pouces sur le côté droit et de 8 sur le côté gauche. L'abdomen était occupé par une tumeur fluctuante qui remontait jusqu'à 2 ou 3 pouces au-dessus de l'ombilic. Il n'y avait pas de douleur à la pression ; l'utérus était refoulé en arrière, mais assez mobile ; le côté droit du vagin était déprimé et l'on sentait que la tumeur était en connexion avec le côté correspondant de l'utérus.

Cette tumeur causait si peu de gêne que toute intervention fut différée jusqu'en mars 1864 ; à cette époque, l'accroissement devint plus rapide. Le kyste fut alors enlevé avec l'ovaire adjacent.

Celui-ci fut trouvé un peu plus gros qu'il n'est d'habitude chez une femme mariée. Cependant, comme il était parfaitement distinct de la tumeur, il eût été facile d'enlever le kyste en laissant l'ovaire. Le pédicule n'était pas plus gros qu'un doigt. Un autre kyste, du volume d'une noix, fut trouvé sur le ligament large gauche, près de l'ovaire et vidé.

Le docteur Fox, après avoir examiné le kyste, évalua son volume à deux fois la tête d'un adulte. La trompe de Fallope aplatie rampe le long de la surface externe; les franges sont malgré cela distinctes et sans adhérences. L'ovaire, situé dans un des plis du ligament large a une texture normale, il ne contient pas de kystes.

Le kyste lui-même a une paroi externe lisse ; il est tapissé par un épithélium polygonal. On ne peut découvrir à sa surface interne, ni villosités, ni excroissances papillaires; cette surface est d'une couleur rose pâle. Le kyste fut injecté au carmin, mais les vaisseaux ne présentaient rien de remarquable, ils étaient d'ailleurs peu multipliés.

Obs. XIII.— Kyste du ligament large extirpé ; ovaire sain laissé dans la cavité abdominale. (Extraite du Traité des tumeurs de l'ovaire d'Atlée.)

Mme M., âgée de 44 ans, vientnous consulter pour une augmentation de volume de l'abdomen. La menstruation a toujours été régulière ; la malade est mariée et a quatre enfants. Le début paraît remonter à huit mois; le volume du ventre est à peu près celui d'une grossesse à terme. La tumeur présente tous les caractères d'un kyste ovarique uniloculaire ; il contient un liquide clair, transparent comme de l'eau de roche. Il est rattaché au côté droit de l'utérus par un pédicule très-vasculaire formé d'une portion du ligament large et de la trompe de Fallope ; sa paroi interne est complétement lisse ; à la surface externe adhèrent quelques franges du pavillon.

La malade guérit de l'opération, mais elle succombe dans une attaque de convulsions.

A l'autopsie, on trouve l'ovaire droit, sain, quoique légèrement atrophié et dans sa position normale.

Obs. XIV. — Kyste du para-ovarium; extirpation. (Gazette médicale de Strasbourg, 1873, n° 14. — Kœberlé.)

Mlle T., 15 ans, non encore menstruée, est présentée en décembre 1871 à M. Kœberlé, pour avoir son avis sur une tumeur de l'abdomen à développement très-lent et qui avait tous les caractères d'un kyste de l'ovaire.

La tumeur examinée fut reconnue être fluctuante et n'avoir pas d'adhérences; elle pouvait contenir à ce moment environ quatre litres de liquide.

En juillet 1872, la jeune fille revint, ses règles s'étaient établies et la tumeur avait subi un accroissement très-marquant, malgré cela la santé était restée relativement bonne, la malade avait conservé un certain degré d'embonpoint et ne présentait nul signe d'affaiblissement.

Avant d'entreprendre l'opération, on fait la ponction préalable : elle donne neuf litres d'une sérosité limpide très-salée qui ne précipite ni par la chaleur, ni par l'acide nitrique. M. Kœberlé diagnostique : kyste non ovarique, collection de la vésicule du para-ovarium. L'opération est faite le 4 juillet. Incision abdominale très-petite; la tumeur qu'on extrait présente une paroi sillonnée de vaisseaux flexueux, la trompe et les vaisseaux ovariques sont étalés sur le côté qui regarde la matrice. L'ovaire correspondant est resté sain et situé vers la base du kyste, mais on l'enlève néanmoins, parce que la tumeur s'est profondément développée dans le ligament large.

La tumeur examinée se trouve constituée par un tissu connectif riche en vaisseaux, tissu qui recouvre et adhère faiblement à la membrane propre du kyste. On énuclée celui-ci, il se présente alors sous forme d'une poche d'un blanc nacré, à parois minces et fibreuses.

La plaie abdominale est réunie par un seul point à suture profonde, la ligature tombe au troisième jour et la guérison a lieu sans réaction fébrile.

Obs. XV. — Kyste du para-ovarium ; extirpation. (Gazette médicale de Strasbourg, 1873, n° 14. — Kœberlé.)

Mlle X., 36 ans, vient consulter M. Kœberlé pour une tumeur abdominale considérable, dont le début, au dire de la malade, remonterait à quatre ans. L'accroissement de la tumeur, lent et insidieux pendant plus de trois ans, a depuis dix mois affecté une marche très-rapide. L'état général de cette malade est satisfaisant, elle est bien un peu anémiée, mais non amaigrie.

On diagnostique un kyste. Il parait n'avoir pas d'adhérences, mais ce point est réservé néanmoins, parce qu'en raison du peu de tension des tissus, il n'a pas été possible de produire le mouvement vibratoire propre aux collections non adhérentes à la paroi abdominale. La ponction préalable pratiquée dans le but d'obtenir le retrait de la tumeur, donne issue à un liquide clair, qu'on n'a pas examiné parce qu'il avait été jeté par mégarde.

Opération le 30 avril 1872. Incision moyenne, le kyste n'a d'adhérences ni avec la paroi, ni avec aucun autre organe. Il est complétement vidé par la ponction évacuatrice, et sa surface, rouge et très-vascularisée, n'est pas celle qu'on a l'habitude de voir aux poches ovariennes. Entre le kyste et le péritoine se trouve une couche de tissu cellulaire au milieu duquel rampent des vaisseaux très-fins, couche constituée par le tissu connectif hypertrophié du ligament large. La trompe est accolée à la tumeur qu'elle embrasse en demi-cercle, on la comprend en partie dans la ligature; elle est enlevée en même temps que le kyste. L'ovaire un peu étiré et allongé est sain, on le laisse dans la cavité abdominale.

En cherchant à se rendre compte de l'état de l'ovaire du côté opposé, M. Kœberlé ramène une seconde tumeur du volume d'une orange parfaitement ronde, présentant le même aspect et les mêmes rapports que la précédente. La trompe utérine s'épanouit à sa surface. L'ovaire est sain. Cette tumeur est simplement énucléée de son revêtement péritonéal; la vésicule kystique en est retirée intacte et entière. La membrane d'enveloppe, la trompe et l'ovaire sont remis en place. Le liquide de cette vésicule a présenté les caractères pathognomiques des kystes de l'organe de Rosenmüller; son épithélium a été examiné par le Dr Romitti, qui a constaté qu'il était cylindrique, mais non muni de cils vibratiles.

Obs. XVI. — Kyste paraovarique à contenu sanguinolent; extirpation. (*Gaz. médic. de Strasbourg*, 1877, n° 3, Kœberlé).

Le kyste enlevé et présenté par M. Kœberlé contenait 18 litres d'un liquide séreux brunâtre, à nuance sanguinolente, qui n'a pas présenté la réaction caractéristique de la paralbumine des kystes ovariques. Ce fait, rapproché de la marche de la tumeur, fit présumer qu'on avait affaire à un kyste du ligament large. La couleur du liquide indiquait encore que la poche qui, en raison sans doute des distensions exagérées, avait subi quelques déchirures partielles, devait avoir contracté des adhérences avec le tissu cellulaire du ligament large.

Ces prévisions se trouvèrent vérifiées à l'opération; l'énucléation de la poche kystique a été fort difficile, et l'on fut obligé de disséquer avec le bistouri plusieurs parties de la tumeur profondément situées.

La tumeur énucléée, M. Kœberlé retranche une forte portion du ligament large exubérant, et le reste de ces organes, pris entre quatre serre-nœuds, fut disposé dans l'angle inférieur de la plaie, de façon à intercepter toute communication du péritoine avec le dehors. Les ovaires étaient sains; ils furent laissés intacts. Les pièces soumises à la Société sont constituées par une notable partie du ligament large distendu, et le kyste paraovarique dont la surface extérieure porte la trace d'hémorrhagies et d'adhérences anciennes.

En un point de la poche existe un diverticulum de 7 à 8 centimètres, produit sans nul doute par la poussée du liquide à travers une éraillure du kyste aminci.

Obs. XVII. — Rnpture d'un kyste paraovarique (British médical Journal, 1876. Gairdner).

Le Dr Gairdner présente un spécimen tout à fait caractéristique de kyste paraovarique. Cette présentation est intéressante par la façon consciencieuse dont l'observation de la malade a été prise, par l'autopsie, qui a permis de constater les lésions. Les détails

sont trop longs pour être insérés ici. En résumé, la malade qui fait le sujet de cette observation était affectée depuis longtemps d'un kyste uniloculaire qui occupait une grande partie de la cavité abdominale. Sous une influence probablement traumatique, cette vaste tumeur disparut subitement; la malade éprouva la sensation d'un épanchement liquide dans l'abdomen; cet épanchement fut rapidement résorbé; il fut suivi immédiatement d'une augmentation de la quantité des urines qui se prolongea une semaine. Il n'y eut pas d'autre phénomène anormal, ni le plus léger symptôme de péritonite.

La mort étant survenue, seize mois après cet accident, dans le cours d'une maladie de Bright, l'autopsie permit de constater, comme on peut le voir sur la pièce anatomique présentée, que le kyste paraovarique était uniloculaire, flasque et complètement vide. Gonflé par l'insuffation, il atteignait le volume d'une tête de fœtus; mais l'état plissé, rétracté de sa paroi démontrait qu'à une autre époque il avait occupé un volume beaucoup plus considérable. Le siége de la rupture fut facilement retrouvé. Il n'y avait pas de trace de phlegmasie ancienne sur le péritoine. Les deux reins présentaient une dilatation des bassinets, probablement due à la pression exercée autrefois par le kyste sur les uretères.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Velpeau. — Dict. en 30 vol., Art. Ovaire.
Cazeaux. — Thèse d'agrégation, 1844, p. 12.
Huguier. — Mémoires de la Société de chirurgie, t. I, 1847.
Gosselin. — Archives générales de médecine, 1848.
Follin. — Thèse Paris, 1850.
Bauchet. — Mémoires de l'Ac. de médecine, t. XXIII, p. 49.
Hèrrera-Vegas. — Thèse Paris, 1864.
Vernéuil. — Mémoires de la Soc. de chir., t. IV, p. 58.
Boinet. — Iodothérapie, p. 521.
Broca. — Traité des tumeurs, t. I, p. 48. Bulletin Soc. An. 1861, p. 45.
Kœberlé. — Gaz. méd. de Strasbourg, 1873, n° 14; 1876, n° 4; 1877, n° 3. — Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat., Art. Ovaire.
Panas. — Archives de tocologie, avril 1875.
Duplay. — Progrès médical, janvier 1879.
Sappey. — Anatomie descriptive.
West. — Traité des maladies des femmes. Trad. française, p. 607.
Virchow. — Path. des tumeurs, 1867, t. I, p. 20.
Bright. — Guy's hospital Reports, t. VI.
Bird. — Medical Times and Gazette, 1851, I, p. 60.
Mathews Duncan. — Med. Times and Gaz. 1875, I, p. 535.
Lawson Tait. — Med. Times and Gaz. 1875, I, p. 535.
Thornton. — Med. Times and Gaz., mai 1876.
Spencèr Wels. — Diseases of the Ovaries, I, 91, 240, 303.
Gairdner. — British medical Journal, 1876, t. I, p. 261.
Washington Atlee. — Diagnosis of ovarian tumors.

QUESTIONS.

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie et histologie normales. — Des membranes muqueuses.

Physiologie. — De l'absorption.

Physique. — Effets physiologiques des courants électr ques; applications médicales.

Chimie. — Caractères distinctifs des chlorures, bromures, iodures et cyanures métalliques.

Histoire naturelle. — De la morphologie végétale; quels sont les changements, les dégénérescences et les transformations que les organes des plantes peuvent subir?

Pathologie externe. — Des polypes naso-pharyngiens.

Pathologie interne. — De la méningite tuberculeuse.

Pathologie générale. — Des maladies virulentes.

Anatomie et histologie pathologiques. — Des perforations ntestinales.

Médecine opératoire. — Des diverses espèces de verres applicables dans les cas de myopie, d'hypermétropie, de strabisme, d'astigmatisme, et des précautions à prendre dans leur choix.

Pharmacologie. — Des cataplasmes et des sinapismes. Quels sont les fécules et let farines le plus souvent employées à leur préparation ? Règles à suivre pour développer le principe actif de la moutarde noire dans les pédiluves et les sinapismes.

Thérapeutique. — De l'emploi du quinquina et ses préparations.

Hygiène. — De la sophistication de la bière.

Médecine légale. — Empoisonnement par les poissons, les crustacés et les mollusques toxicophores.

Accouchements. — De l'accouchemeat par le pelvis.

Vu par le Président de la thèse,
GUYON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie,
CH. ZEVORT.